DISSERTATION

N° 10.

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 15 janvier 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR AUGUSTE-LAURENT RAFFIN, de Marseille.

Da veniam scriptis, quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas, officiumque fuit.
OVID., *de Ponto.*

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.
1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DÉSORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Andral.	Gerdy, *Examinateur.*
Arvers.	Kergaradec.
Baudeloque.	Lisfranc.
Bouvier.	Maisonabe.
Breschet.	Parent du Chatelet.
Cloquet (Hippolyte).	Pavet de Courteille, *Suppléant.*
Cloquet (Jules).	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Velpeau.
Gérardin, *Examinateur.*	Rullier.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Amour, respect, reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

Assurance d'une amitié indissoluble.

A. L. RAFFIN.

A MON PÈRE.

ET

A MA MÈRE.

Amour, respect, reconnaissance.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

Assurance d'une amitié indissoluble.

PARIS.

DISSERTATION

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

Le mot *hydrocèle*, d'après son étymologie, signifie *tumeur d'eau*.

Cette maladie était peu connue des anciens. Ils la regardaient comme un dépôt critique, résultat des efforts salutaires de la nature pour prévenir ou terminer quelque maladie grave. Elle fut long-temps désignée sous le nom de *fausse hernie ;* ce qui fait juger de l'erreur dans laquelle on était sous le rapport de son mode de formation. Lorsque l'anatomie pathologique eût mis au jour la nature de la plupart des maladies, on put donner à chacune d'elles un nom plus exact ; et, par le mot *hydrocèle*, on désigna toutes les tumeurs aqueuses des bourses. Mais l'eau qui constitue ces tumeurs n'a pas toujours le même siége ; tantôt elle se trouve accumulée dans la cavité de la tunique vaginale ; d'autres fois elle est infiltrée dans le tissu cellulaire des bourses ; enfin, on la rencontre aussi dans une poche accidentellement développée dans ces parties. De là trois espèces d'hydrocèles, qui ont été appelées, la première, *hydrocèle par épanchement ;* c'est celle que j'ai choisie pour sujet de cette dissertation ; la seconde, *hydrocèle par infiltration* ou *diffuse ;* la troisième, *hydrocèle enkystée.*

Avant de commencer l'histoire de l'hydrocèle par épanchement, je vais exposer succinctement l'anatomie de la tunique vaginale.

La tunique vaginale du testicule est une membrane séreuse, mince et transparente comme toutes les membranes de cet ordre. Sa disposition n'est pas la même à toutes les époques de la vie. Avant la naissance, et lorsque les testicules sont encore dans l'abdomen, elle n'existe pas, ou, pour mieux dire, elle fait partie du péritoine. Mais cette membrane est poussée dans le scrotum par les testicules lorsque ceux-ci sortent de l'abdomen; et toute la portion qui a traversé l'anneau inguinal consitue désormais la tunique vaginale; alors la poche qu'elle forme communique librement avec la cavité péritonéale. Plus tard, l'ouverture de communication s'oblitère, et la tunique vaginale forme un sac sans ouverture, qui enveloppe le testicule sans le contenir. La surface extérieure de cette membrane tapisse la face interne de la tunique, qui lui correspond en dehors, et se développe en dedans sur le testicule, l'épididime, et sur le cordon spermatique jusqu'à deux travers de doigts de l'anneau inguinal. Elle est plus adhérente au testicule et à l'épididime qu'au cordon et à la membrane fibreuse. Sa surface intérieure, lisse et polie, est humectée par la sérosité qui s'en exhale. Chez l'adulte, la tunique vaginale se trouve séparée de l'anneau inguinal par un intervalle de deux pouces environ; chez l'enfant, cet intervalle est presque nul. Cette disposition tient, non à ce que la tunique séreuse s'oblitère peu à peu en partant de l'anneau jusque vers le testicule; mais à ce qu'après l'oblitération, qui se fait seulement au niveau de l'anneau inguinal, cette membrane se sépare du péritoine, et est entraînée au fond des bourses par l'organe sécréteur du sperme.

Cette disposition fait aisément concevoir pourquoi l'hydrocèle accidentelle, chez l'enfant, remonte jusqu'à l'anneau inguinal, et pourquoi le testicule chez lui est plus rapproché du fond de la tumeur.

Chez quelques individus, la communication que nous avons dite d'abord exister entre le péritoine et la tunique vaginale ne s'oblitère pas; elle peut même persister pendant toute la vie; elle est ordinairement entretenue par une anse d'intestin ou une portion d'épiploon (hernie congénitale), ou bien par une accumulation de sérosité

(hydrocèle congéniale) ; d'autres fois l'ouverture de communication persiste sans qu'on puisse en déterminer la cause.

Hydrocèle de la tunique vaginale.

Causes. L'hydrocèle de la tunique vaginale est une maladie très-commune ; elle attaque les individus de tout âge : elle est cependant plus fréquente chez le vieillard que chez l'enfant et chez l'adulte. Les sujets maigres, comme ceux qui ont de l'embonpoint, peuvent en être affectés. Elle est plus commune dans les pays chauds que dans les pays froids. Toutes les causes capables de déterminer une irritation dans la membrane séreuse du testicule peuvent la faire naître ; par conséquent toutes les inflammations dans les parties voisines, toutes les violences extérieures, toutes les répercussions, peuvent être la cause de cette maladie. On l'a vue apparaître, comme crise, à la fin de certaines fièvres graves : quelquefois elle s'est manifestée sans qu'on ait pu lui assigner de cause.

Division. L'hydrocèle de la tunique vaginale peut exister lorsque cette membrane communique encore avec l'abdomen, ou bien après que cette communication a été interrompue. Dans le premier cas, on la nomme *hydrocèle congéniale ;* dans le second, *hydrocèle accidentelle.* Ces deux espèces d'hydrocèles, offrant chacune des variétés nombreuses, et présentant, sous le rapport du traitement, des indications différentes, nous les décrirons séparément.

Hydrocèle de la tunique vaginale accidentelle.

J'ai dit ce qu'on entend par les mots *hydrocèle accidentelle.* J'ai énuméré les causes qui produisent cette maladie. Je vais exposer successivement son mode de formation, ses signes, ses variétés, ses complications, son prognostic et son traitement.

§ I^er^. *Mode de formation.* On sait que la face interne de la tunique vaginale est sans cesse humectée par la sérosité qui s'exhale de ses

parois ; lorsque ce liquide est produit en plus grande quantité qu'à l'ordinaire, si les vaisseaux destinés à le repomper n'exercent pas leur fonction avec plus d'énergie, en d'autres termes, si l'équilibre qui doit exister entre l'exhalation et l'absorption vient à être rompu au détriment de cette dernière, il en résulte nécessairement une accumulation du liquide exhalé. De plus, comme le liquide qui s'accumule, cédant à l'effet de la pesanteur, vient se loger d'abord dans le fond de la poche qui le contient, la tumeur qui en résulte doit nécessairement se développer de bas en haut, c'est précisément ce qui arrive toujours ; j'ajouterai que ce développement se fait ordinairement avec lenteur, et, qu'il peut s'étendre considérablement.

§ II. *Signes.* Dans les premiers temps, lorsque l'épanchement est peu considérable, la tumeur est égale, lisse, molle, fluctuante ; la peau qui la recouvre conserve sa couleur ; les rides qu'elle présente dans l'état ordinaire sont à peine effacés ; elle est d'ailleurs mince et mobile. Lorsque la maladie, abandonnée à elle-même, fait des progrès, non-seulement on voit les rides du scrotum disparaître, mais la tumeur attire encore à elle la peau des organes environnans ; le raphé est déjeté du côté opposé à l'hydrocèle, et la verge, presque cachée par la masse de la tumeur, devient inhabile à remplir ses fonctions. L'hydrocèle est ordinairement piriforme, ayant sa base en bas, et son sommet en haut ; égale, transparente dans toute son étendue, excepté vers le point correspondant aux testicules. Sa pesanteur spécifique est égale à celle de l'eau ; indolente, même à un certain degré de pression, irréductible, les efforts du malade, les différentes positions qu'il peut prendre, les pressions que l'on peut exercer sur elle ne changent en rien sa consistance ni son volume : cette tumeur est ordinairement située à un ou deux pouces de l'anneau inguinal.

§ III. *Variétés.* L'hydrocèle de la tunique vaginale est loin de se présenter constamment sous l'aspect que nous venons de décrire ; elle est susceptible d'un grand nombre de variétés, que, pour procéder

avec ordre nous considérerons sous le rapport, 1°. de son volume, 2°. de sa forme, 3°. de sa situation, 4°. de sa pesanteur spécifique, 5°. de sa transparence, 6°. de l'état divers des parties qui la constituent et de celles qu'elle renferme.

1°. *Volume.* Quand l'hydrocèle est récente, elle ne contient quelquefois que quelques cuillerées de liquide. On a vu, au contraire, des hydrocèles anciennes contenir jusqu'à trois ou quatre livres de liquide. Mais la quantité de l'épanchement n'est pas toujours la mesure de la tumeur; celle-ci peut en effet devoir son étendue à un état particulier du testicule ou à la présence d'une hernie. Les auteurs citent des cas dans lesquels l'hydrocèle descendait jusqu'aux genoux. Quand l'hydrocèle est très-volumineuse, on court peu le risque de blesser le testicule en faisant la ponction; il n'en est pas de même lorsque l'hydrocèle est peu volumineuse, dans ce cas, pour éviter la lésion du testicule, il faut porter très-obliquement la pointe du trois-quart entre l'organe sécréteur du sperme et la paroi antérieure de la tumeur.

2°. *Forme.* Nous avons dit ailleurs que la tumeur de l'hydrocèle était ordinairement piriforme et égale, cependant cette tumeur peut offrir des bosselures sans qu'une complication grave en soit la cause; ces choses peuvent avoir lieu, en effet, toutes les fois que la tunique vaginale se laissera distendre dans certains points, plus que dans les autres. On a vu l'usage d'un suspensoire trop serré comprimer la tumeur du haut en bas, et lui donner une forme cilyndrique, dont le grand diamètre était dirigé transversalement. Dans ce cas, par suite du mode de développement de la tumeur, la parois postérieure de la tunique vaginale occupe successivement la région inférieure, puis la région antérieure de l'hydrocèle, et elle entraîne avec elle le testicule, que l'on trouve alors en avant et en bas. On conçoit combien cette disposition est utile à reconnaître, car lorsqu'elle a lieu le testicule se trouve précisément derrière le point que l'on choisit ordinairement pour faire la ponction.

3°. *Situation de la tumeur.* Chez l'adulte la tumeur est ordinairement séparée de l'anneau inguinal par un espace égal à la longueur du cordon testiculaire ; chez l'enfant, elle remonte jusqu'à l'anneau inguinal ; cette dernière disposition se rencontre quelquefois chez les premiers. Dans certains cas, non-seulement la tumeur remonte jusqu'à l'anneau inguinal, mais elle pénètre même dans l'abdomen ; cette variété est d'autant plus remarquable qu'on pourrait plus facilement la confondre avec une hernie inguinale.

4°. La *Pesanteur spécifique* de l'hydrocèle est ordinairement égale à celle de l'eau, elle peut être modifiée par la nature du liquide épanché ou par l'état des parties renfermées dans la tumeur. Ce caractère est de la plus grande utilité lorsque le diagnostic est difficile à établir.

5°. La *Transparence* de la tumeur est très-marquée quand le liquide est limpide, citrin, et que les tissus ont conservé leur état ordinaire. Dans les cas contraires, elle est nulle ou presque nulle. Lorsque la transparence existe, elles est le signe le plus certain de l'existence de l'hydrocèle ; de plus, elle fait connaître, d'une manière plus ou moins exacte, la situation du testicule et des points opaques que les membranes peuvent offrir.

Pour bien apprécier la transparence, on place l'hydrocèle entre l'œil et une vive lumière ; on place en même temps contre la tumeur une main fléchie de manière à former un canal obscur, lequel rend plus sensible la lumière qui traverse l'hydrocèle. Lorsque celle-ci est très-volumineuse, elle paraît transparente dans tous ses points, la présence du testicule n'est marquée par aucun point opaque; cela tient à ce que la lumière, après avoir passé sur les côtés du testicule, se croise au devant de cet organe et devient diffuse.

6°. *État divers des parties qui constituent l'hydrocèle et de celles qu'elle renferme.* Ces parties sont, la tunique vaginale et le liquide épanché, le testicule, le cordon spermatique.

Quand la maladie est rescente, la tunique vaginale est mince, trans

parente, facile à traverser par le trois-quart. Plus tard, lorsqu'elle a été soumise à des inflammations répétées, elle devient opaque, s'épaissit, et acquiert quelquefois une consistance cartilagineuse. La tumeur est alors dure, élastique, l'instrument la traverse avec plus ou moins de difficulté; et, si on en fait sortir le liquide qu'elle contient, elle conserve sa forme et son étendue. Dans un cas pareil, le traitement par l'injection n'aurait aucun résultat satisfaisant, parce que la tunique vaginale ne pourrait jamais revenir sur elle-même; l'indication est d'en faire l'excision. La tunique vaginale est quelquefois le siége d'ulcérations qui s'étendent même jusqu'au testicule, d'autrefois elle est recouverte de fongosités. Les auteurs ont rapporté des cas dans lesquels cette membrane était le siége d'une exhalation sanguine, et d'autres où elle présentait des plaques osseuses d'épaisseur et d'étendue variables. Toutes ces altérations rendent le diagnostique obscur. Un état particulier de la tunique vaginal, fort remarquable par les phénomènes que présente la maladie lorsqu'il existe, c'est lorsqu'elle est divisée en plusieurs loges (hydrocèle multiloculaire). Dans ces cas la tumeur de l'hydrocèle est souvent bosselée, parce que les loges ne sont pas également distendues par le liquide; chaque bosselure est transparente, et les intervalles correspondans aux cloisons sont opaques. Dans cette variété de la maladie, on doit préférer à l'injection la méthode par incision, parce qu'elle attaque à la fois toutes les vacuoles dont la tumeur se compose. M. *Dupuytren* et *Scarpa* ont rapporté des observations dans lesquelles la tunique vaginale se trouvait étranglée à son milieu, et formait ainsi deux poches communiquant l'une avec l'autre. Dans le cas cité par *Scarpa*, l'hydrocèle se trouvait entiérement logée dans le scrotum; il l'opéra par incision. Dans le cas observé à l'Hôtel-Dieu, l'une des poches était logée dans l'abdomen, l'autre dans le scrotum, le rétrécissement avait lieu au niveau de l'anneau inguinal. M. *Dupuytren* ne tenta pas la cure radicale, de crainte de faire naître dans le péritoine une inflammation trop funeste au malade.

Le liquide épanché dans la tunique vaginale est séreux, lympide,

citrin, quand tous les tissus qui sont en rapport avec elle sont dans l'état ordinaire. Il prend un aspect différent, suivant les altérations dont ces mêmes tissus sont le siége. Ainsi, il est sanguinolent, brun ou noirâtre quand la séreuse a été soumise à une inflammation vive, et qu'il y a eu exhalation de sang ; il est épais, visqueux, purulent, ou remplacé par une matière semblable au miel lorsqu'elle est en contact avec des tissus affectés d'altérations profondes, de dégénération.

Soumis à la chaleur, le liquide extrait d'une hydrocèle donne une très-grande quantité de flocons albumineux ou coagulés en entier. Les matières étrangères qui lui donnent les aspects particuliers dont je viens de parler n'altèrent point sa nature, elles se précipitent par le repos.

Le testicule se trouve le plus souvent placé contre la paroi postérieure et interne de la tumeur, à une hauteur qui répond chez l'adulte un peu au-dessus, et chez l'enfant un peu au-dessous du milieu de cette paroi. Cette position du testicule peut varier, selon que la tunique vaginale se développe d'une manière inégale, selon les diverses complications de la maladie. Toutes ces variations, possibles, doivent engager le praticien à n'entreprendre la ponction de l'hydrocèle qu'après avoir reconnu le point que le testicule occupe.

Le testicule est ordinairement sain dans une hydrocèle récente. Lorsque l'hydrocèle est ancienne, cet organe, sans cesse en contact avec le liquide, se ramollit, augmente de volume sans cesser d'être sain ; cet état du testicule ne contre-indique pas le traitement par l'injection. Le testicule est quelquefois le siége d'un engorgement scrophuleux, syphilitique ou squirrheux ; dans ces cas, l'hydrocèle est l'effet de la maladie, aussi les antiscrophuleux et les antisyphilitiques ont-ils suffit, dans des cas de ce genre, pour faire disparaître l'engorgement et l'épanchement qui l'accompagnait. Quand le testicule est à l'état squirrheux, ce qui constitue l'hydrosarcocèle, on ne peut espérer de guérison que de l'extirpation de l'organe sécréteur du sperme.

Le cordon testiculaire suit en général la position du testicule, de manière qu'en connaissant le lieu qu'occupe ce dernier, on a un guide assuré pour savoir ou se trouve le cordon. Mais *Scarpa* dit, dans son *Traité pratique de hernie*, que lorsque l'hydrocèle est ancienne et volumineuse, les vaisseaux spermatiques sont toujours séparés, de manière que l'artère et le canal déférent occupent un côté de la tumeur, et les veines le côté opposé; et suivant cette règle générale, il veut que l'on fasse la ponction un peu au-dessous du milieu de la tumeur et sur une ligne longitudinale qui la diviserait en deux parties égales, afin de ne point blesser le cordon, et pour éviter une hémorrhagie.

L'auteur d'une thèse soutenue dans cette faculté, en 1824, s'est élevé contre l'assertion du professeur italien; il assure avoir disséqué à l'Hôtel-Dieu plusieurs hydrocèles volumineuses et anciennes, et n'avoir jamais trouvé le cordon spermatique séparé, comme *Scarpa* veut qu'il le soit dans tous les cas.

§ IV. *Complications.* Nous n'allons pas ici passer en revue toutes les maladies qui, ayant leur siége dans les bourses, peuvent exister simultanément avec l'hydrocèle; nous ne ferons mention que de celles qui peuvent être confondues avec elle, qui apportent quelque difficulté dans le diagnostic, et qui exigent quelques modifications dans le traitement à employer. Nous parlerons des autres espèces d'hydrocèles, de la hernie inguinale, du sarcocèle et du varicocèle.

Lorsque l'hydrocèle de la tunique vaginale existe en même temps des deux côtés, tantôt les deux hydrocèles sont d'égal volume, d'autre fois l'une est plus volumineuse que l'autre; leur existence est toujours facile à constater quand on connaît les signes de l'hydrocèle simple. Quand on entreprend la cure radicale d'une hydrocèle double, il ne faut point opérer le même jour des deux côtés; outre l'inconvénient d'une inflammation trop étendue, on se priverait par là de l'avantage que donne assez souvent l'opération d'un seul côté, c'est-à-dire de la guérison des deux hydrocèles par une seule opération. Si

les tumeurs sont d'inégal volume, on commence par opérer la plus grande.

L'hydrocèle de la tunique vaginale peut être compliquée par une ou plusieurs des autres espèces d'hydrocèles; toutes ces hydrocèles peuvent siéger sur le même côté, ou séparément sur les deux. *Ledran* rapporte l'observation d'un homme qui portait trois hydrocèles sur le même côté : l'une avait son siége dans la tunique vaginale, l'autre dans un sac herniaire, et la troisième dans la tunique albuginée. Le diagnostic, dans ces sortes de complications est difficile à établir. La règle qu'il faut observer pour y parvenir : c'est de chercher à apprécier le groupe de signes qui appartient à chaqu'une des hydrocèles dont on soupçonne l'existence.

Si la complication est une hydrocèle enkystée du cordon, les deux tumeurs circonscrites, situées l'une au-dessus de l'autre, sont séparées par un intervalle plus ou moins grand lorsqu'elles sont peu volumineuses ; mais lorsque leur développement est considérable, elles se confondent : cependant on peut encore voir que la tumeur inférieure passe au-devant de la supérieure. Si l'hydrocèle du cordon est diffuse, on la reconnaît à peu près de la même manière que la précédente ; seulement la tumeur supérieure n'est pas circonscrite ; elle se perd insensiblement dans les parties environnantes, et lorsqu'on exerce sur elle une pression douce et continuée, on la voit diminuer peu à peu, et enfin disparaître presque en entier.

Lorsque l'hydrocèle du cordon existe en même temps que celle de la tunique vaginale, la communication entre ces deux hydrocèles peut-elle avoir lieu ? *Garengeot*, *Lafaye*, *Morgagni* ont émis l'opinion que le liquide épanché pouvait, par son poids ou ses qualités corrosives, produire une ouverture. *Scarpa* soutient que cela ne peut pas arriver; et cependant, pourquoi la tunique vaginale ne pourrait-elle pas être le siége d'une ulcération ? Lorsque la complication dont nous venons de parler existe, il faut préférer l'incision à l'injection, parce qu'elle attaque à la fois les deux hydrocèles. Cependant les observations faites par M. le professeur *Dupuytren*, dans des cas

de ce genre, pourraient engager à employer la méthode par injection sur les individus qui repousseraient l'incision. M. *Dupuytren* a observé que dans ces cas, comme dans l'hydrocèle double, l'injection pratiquée dans l'une des poches communiquait à l'autre une inflammation suivie d'un abcès, et par suite de l'adhésion de ses parois.

C'est principalement chez le vieillard que l'on observe l'hydrocèle accidentelle compliquée de hernie inguinale. Dans le commencement de cette double maladie, on voit la tumeur herniaire descendre de l'anneau inguinal vers le fond des bourses, tandis que la tumeur de l'hydrocèle, suivant une marche opposée, s'élève de ce dernier point vers l'anneau inguinal. A cette époque, il est très-facile de reconnaître les deux maladies. Séparées l'une de l'autre par un intervalle plus ou moins grand, chaque tumeur présente des caractères particuliers ; la supérieure, de la hernie ; l'inférieure, de l'hydrocèle. Plus tard, et par suite de leur développement, les deux tumeurs se rapprochent ; et, sans que l'une soit un obstacle à l'allongement de l'autre, elles se croisent de manière que la hernie occupe le plus souvent la partie antérieure. Le scrotum offre alors une seule tumeur dont les caractères sont en haut et en avant, ceux de la hernie en bas, et en arrière ceux de l'hydrocèle.

La hernie inguinale qui complique l'hydrocèle peut être libre ou adhérente, étranglée ou non étranglée. Le traitement, dans chacun de ces cas, est bien différent. Le seul précepte général que l'on puisse donner ici, c'est qu'avant d'entreprendre aucune opération, le chirurgien doit prendre le plus grand soin de s'assurer de la nature de la tumeur et de la position respective de toutes les parties qu'elle renferme. L'erreur, dans ces sortes de complications, peut être suivie des accidens les plus malheureux.

Si la hernie qui complique l'hydrocèle est sans adhérences, on peut avoir recours à l'injection, en faisant précéder l'opération par la réduction de la hernie, et le maintien de cette réduction au moyen d'un bandage.

Si la hernie est adhérente, l'injection pourrait avoir des suites

funestes, on ne fera usage que de la cure palliative; si la hernie est étranglée, on fait l'opération que réclame cet accident de la hernie. La description de cette opération serait déplacée dans cette dissertation. Mais il est une remarque importante, et qui appartient spécialement à la complication qui nous occupe : faut-il, comme le veulent certains praticiens, respecter l'hydrocèle, et n'opérer que la hernie? M. *Dupuytrin* veut que l'on incise à la fois le sac herniaire et la tunique vaginale. Il a remarqué qu'on ne pouvait épargner cette dernière qu'au dépend de la longueur de l'incision du sac : que lorsque l'on n'incisait pas ce dernier dans toute sa longueur, on laissait une retraite aux liquides, et que ceux-ci, par leur séjour, déterminaient des inflammations rebelles et d'autres accidens dangereux.

Lorsque l'hydrocèle est placée devant la hernie, il peut arriver que l'intestin et l'épiploon, pressés contre la paroi postérieure de l'hydrocèle, s'engagent à travers des éraillemens de la tunique vaginale, et viennent faire saillie dans le liquide qui s'y trouve épanché. M. *Dupuytrin* a observé six cas de ce genre : dans deux de ces cas, la hernie était étranglée au point de l'éraillement; la tumeur herniaire, molle et indolente aux environs de l'anneau inguinal, avait en bas de la rénitence et de la sensibilité; enfin tous les symptômes de l'étranglement étaient manifestes. Le célèbre chirurgien déjà nommé incisa la tunique vaginale; rencontra la hernie, qui faisait saillie; pénétra dans le sac, à côté d'elle; débrida l'ouverture par laquelle les viscères qui faisaient hernie s'étaient engagés; et, sans toucher à l'anneau inguinal, fit rentrer les parties dans l'abdomen.

Lorsque l'état squirrheux du testicule complique l'hydrocèle, la maladie porte le nom d'*hydro-sarcocèle*. Le diagnostic de cette complication est quelques fois très-difficile à établir; car la tunique vaginale peut se trouver épaissie, et rendre impossible l'appréciation de la fluctuation et de la transparence. Cependant, la pesanteur spécifique de la tumeur, qui est plus grande que dans l'hydrocèle simple, les douleurs lancinantes qu'éprouve le malade, font soupçonner cet état particulier du testicule. Dans cette complication, il

faut préférer la méthode par incision, parce que par son moyen, les parties renfermées dans la tumeur, sont mises à nu, et le chirurgien peut juger facilement, alors, si le testicule doit être enlevé ou conservé.

La complication du varicocèle est peu importante, son existence est toujours facile à reconnaître, et dans l'opération, on peut facilement éviter les veines variqueuses. Elle ne contre-indique pas la cure radicale par l'injection.

D'après ce que nous avons dit sur les signes de l'hydrocèle et sur ceux qui en indiquent les variétés et les complications, on voit que l'on pourra facilement reconnaître cette maladie lorsqu'elle sera dans son état de simplicité, mais que le diagnostic sera d'autant plus difficile à établir qu'un plus grand nombre de variétés ou de complications viendront en effacer ou seulement obscurcir les signes principaux. C'est dans les cas d'un diagnostic douteux que les signes commémoratifs sont d'un grand secours. C'est encore dans ces cas qu'il faut, comme le recommande M. le professeur *Boyer*, attendre que les caractères de la tumeur soient plus prononcés avant de se livrer à une opération; et si, après avoir attendu un temps suffisant, il reste encore des doutes sur la nature de la maladie, on s'assurera bien qu'il n'existe pas de hernie, et l'on plongera un trois-quart dans la tumeur; par cette opération le chirurgien dissipe toute incertitude sur la nature de la maladie qu'il veut combattre, et dès-lors il peut procéder avec sécurité, aux diverses moyens thérapeutiques.

Prognostic. L'hydrocèle simple n'est point une maladie dangereuse; on peut vivre long-temps avec une ou même deux hydrocèles sans éprouver de dérangement dans la santé générale. Mais le poids de la tumeur, quand elle est ancienne, son volume, gênent considérablement l'individu qui la porte. Il est forcé d'avoir sans cesse un suspensoire pour éviter les tiraillemens douloureux qu'elle exercerait sur le cordon testiculaire; il ne peut se livrer à aucun exercice un peu violent; il porte dans les parties de la génération une difformité désagréable, et l'acte de la génération

peut lui être interdit. Enfin, il existe toujours entre la tumeur et les cuisses un frottement qui donne lieu quelquefois à des excoriations, aussi, le plus souvent, les malades réclament une opération qui n'offre point de danger.

Le prognostic de l'hydrocèle devient plus grave, si elle est accompagnée de quelqu'une des altérations ou des complications dont nous avons parlé. L'opération qu'exige une hernie étranglée, ou l'ablation d'un testicule, n'a pas toujours des suites heureuses.

Traitement. L'hydrocèle accidentelle de la tunique vaginale se guérit quelquefois spontanément ; on en trouve plusieurs exemples cités dans les auteurs. Des topiques résolutifs, un suspensoire doublé de taffetas gommé ont quelquefois suffit pour la faire disparaître. M. *Dupuytren* a obtenu des succès par l'emploi du vésicatoire appliqué sur le scrotum : mais, le plus souvent, le traitement de cette maladie consiste dans une opération; et nous allons donner la description des principales méthodes opératoires adoptées. Nous ne ferons qu'indiquer quelques autres méthodes peu usitées.

Dans le traitement de l'hydrocèle, on peut se proposer deux buts différens. Dans un cas, on veut seulement obtenir le soulagement du malade, et l'on emploie la *cure palliative ;* dans l'autre, on veut débarrasser pour toujours le malade de l'hydrocèle qu'il porte, et l'on emploie alors la *cure radicale.*

Cure palliative. La cure palliative devra être préférée toutes les fois que l'on aura à faire à des individus faibles, valétudinaires, toutes les fois que l'hydrocèle sera très-volumineuse, toutes les fois enfin que le sujet sera affecté de quelque maladie organique, ou qu'une épidémie exercera des ravages dans le pays, dans tous ces cas, l'inflammation que développe toujours l'emploi des moyens radicaux pourrait donner lieu à des accidens funestes.

La cure palliative consiste à évacuer simplement le liquide épanché dans la tunique vaginale ; et comme l'épanchement se reproduit ordi-

nairement si rien ne vient à changer l'état de cette membrane, il s'en suit que l'évacuation a besoin d'être répétée de temps en temps. On obtient l'évacuation du liquide épanché par une ponction faite avec le trois-quart ou la lancette. Le premier de ces instrumens est presque toujours préférable, parce qu'avec lui l'opération est plus simple et plus facile ; cependant, les praticiens conseillent de se servir de la lancette toutes les fois que l'hydrocèle que l'on veut opérer est d'un très-petit volume : la lancette traversant les tissus avec plus de facilité, on court moins le risque d'atteindre le testicule. Quelque instrument que l'on préfère, on aura soin de ne pas percer le scrotum vers les points correspondans aux vaisseaux, afin de ne pas donner lieu à une hémorrhagie. Lorsqu'on se sert du trois-quart, on procède à l'opération de la manière suivante : Le malade est couché sur un lit, les cuisses fléchies et écartées, de manière que l'on puisse aisément saisir le scrotum et placer au-dessous un vase destiné à recevoir la sérosité. Le chirurgien se place sur un des côtés du malade ; d'une main il prend le trois-quarts de manière que le manche, appuyé dans la paume de la main, y est maintenu par tous les doigts fléchis sur lui, excepté le doigt indicateur, lequel, allongé sur la canule, marque la partie de l'instrument qui doit seule pénétrer dans la tumeur. De l'autre main, il saisit le scrotum par sa partie postérieure, et refoule en avant et en bas le liquide qu'il renferme. Il plonge alors le trois quart vers la partie antérieure et inférieure du scrotum, et en dirige la pointe obliquement en haut, en arrière et en dehors. Le point par lequel on doit faire pénétrer l'instrument, et la direction qu'on doit lui donner, varient suivant la position du testicule. La profondeur à laquelle il doit arriver, varie également de huit à quinze lignes, suivant l'épaisseur des bourses et le volume de l'hydrocèle. Le défaut de résistance et quelques gouttes de sérosité qui s'écoulent par la rainure que porte la canule du trois-quarts, indiquent à l'opérateur que l'instrument a pénétré dans la tunique vaginale : alors il retire le poinçon d'une main, tandis que les doigts de l'autre retiennent la canule dans la tumeur, et reçoit dans un vase le liquide qui s'écoule.

Pendant que la poche de l'hydrocèle se vide, il faut avoir soin de suivre la rétraction des tissus, afin que l'extrémité de la canule ne sorte pas de la tunique vaginale; sans cette précaution, elle pourrait se placer entre cette membrane et le scrotum, et donner lieu à une infiltration de sérosité dans le tissu cellulaire des bourses. Lorsque tout le liquide est sorti, on retire la canule de la main droite, tandis que le pouce et l'indicateur de la main gauche, appliqués sur les côtés de l'ouverture, soutiennent la peau et l'empêchent d'être tiraillée. Lorsqu'au lieu du trois-quart on se sert de la lancette, la seule différence que présente l'opération, c'est que l'ouverture est plus large, et que pendant que le liquide s'écoule, il faut soutenir la tumeur et empêcher que l'ouverture de la peau et celle de la tunique vaginale cessent d'être parallèles; sans cette précaution, on pourrait voir se produire l'accident mentionné dans l'article précédent, l'infiltration de la sérosité. Lorsque l'évacuation du liquide est terminée, on place sur l'ouverture du scrotum, un morceau de taffetas gommé.

L'opération que nous venons de décrire peut donner lieu à quelques accidens : la lésion d'un vaisseau sanguin, l'infiltration de la sérosité, que nous avons déjà indiqués et l'engorgement du testicule.

Lorsqu'un vaisseau sanguin est ouvert, le sang peut s'épancher dans la cavité de la tunique vaginale, ou bien s'infiltrer dans le tissu cellulaire des bourses. Dans le premier cas, *J. L. Petit* conseille de faire la ligature du vaisseau, d'évacuer le sang épanché; et si la ligature est impossible, d'exercer une compression légère. Dans le second cas, le même auteur veut que l'on se contente d'appliquer des topiques émolliens d'abord, puis des topiques résolutifs, de soutenir les bourses, d'ordonner le repos au lit, et de soumettre le malade à une diète convenable à l'intensité des symptômes.

Lorsque, par suite du peu de soin qu'on aura mis dans l'évacuation du liquide, celui-ci vient à s'infiltrer dans le tissu cellulaire des bourses, il faudra agrandir l'ouverture qui existe déjà, faire sortir la sérosité infiltrée; pratiquer même quelques petites incisions, si la sortie ne se

fait pas avec facilité; comprimer doucement les parties, et suivre un traitement convenable aux accidens qui peuvent se développer.

Après la simple ponction de l'hydrocèle, le testicule s'engorge quelques fois; le plus souvent on ignore la cause de cet engorgement. Dans ces cas, il faut combattre l'inflammation, suivant son intensité, par les saignées générales, locales, les bains et les topiques émolliens, le repos et la diète. On obtient facilement la résolution de l'engorgement qui persiste après la disparition des symptômes inflammatoires, par l'emploi de quelques frictions mercurielles ou de l'emplâtre de *vigo cum mercurio*. Faisons remarquer ici que c'est surtout lorsque cet accident arrive que l'on voit guérir l'hydrocèle par les moyens simplement palliatifs; il paraît qu'alors l'inflammation du testicule se communique à sa membrane séreuse, et que l'adhésion des parois de celle-ci en est la suite immédiate.

Cure radicale. La cure radicale de l'hydrocèle s'obtient en évacuant d'abord le liquide épanché, et en déterminant ensuite, dans la tunique vaginale; une inflammation qui en fait adhérer les parois. Les moyens que l'on emploie pour atteindre ce but, sont : 1°. l'incision, 2°. l'excision, 3°. la cautérisation du sac, 4°. le séton, 5°. la tente, 6°. l'injection. Chacun de ces moyens constitue une méthode particulière. Parmi ces méthodes, l'injection est la plus généralement employée.

L'incision et l'excision doivent lui être préférées dans certains cas, comme je l'ai déjà dit ailleurs; les autres méthodes sont peu usitées, nous n'en dirons que quelques mots.

L'incision est une des méthodes les plus anciennes : elle est décrite dans les ouvrages de *Celse* et de *Paul d'Egine*. Elle consiste à fendre la tumeur acqueuse, d'une extrémité à l'autre, avec un bistouri convexe; à l'instant le liquide qu'elle renferme s'échappe, et l'on procède aussitôt au pansement, dont le premier but est de déterminer une inflammation dans la tunique vaginale. Pour cela on place, de chaque côté du testicule, de la charpie mollette, et l'on en remplit la poche qu'occupait le liquide; les bords de la plaie sont maintenus écartés,

la totalité des bourses est enveloppée dans un linge fin et soutenue par un suspensoire ; on laisse l'appareil dans cet état ; jusqu'à ce que la suppuration s'établisse, et elle arrive au bout de douze jours, pendant lesquels on donne au malade les soins que les accidens survenus réclament. Si l'inflammation est trop violente, on diminue son intensité par le moyen des saignées, des cataplasmes, ou des fomentations émollientes : on doit même employer les bains. Lorsque la suppuration est établie, on enlève la charpie renfermée dans la tunique vaginale, et l'on pense la plaie seulement en dehors, en maintenant encore les bords écartés, jusqu'à ce que le fond de la plaie soit cicatrisé. Cette méthode, très-douloureuse, n'est point employée aujourd'hui dans l'hydrocèle simple ; on s'en sert lorsque l'on est dans l'incertitude sur la nature de la maladie; lorsque le testicule est squirrheux; lorsque l'hydrocèle est compliquée de hernie étranglée, lorsqu'elle est multiloculaire, ou qu'elle est compliquée de l'hydrocèle enkistée du cordon, etc.

L'excision. Aussi ancienne que l'incision, l'excision était connue de *Falloppe, de Celse, d'Albucasis.* Elle paraît avoir été abandonnée pendant fort long-temps. *Médalon*, réfléchissant sur les moyens de guérir l'hydrocèle, lorsque la tunique vaginale est épaisse et squirrheuse, jugea que l'excision pouvait être très-avantageuse, et la conseilla. *Douglas* la mit en pratique, et lorsqu'il la décrivit, dans son ouvrage publié en 1755, il n'avait pas encore eu d'insuccès. *Douglas* incisait le scrotum de manière à former un lambeau ovale, dont le grand diamètre était dirigé du haut en bas ; il disséquait ce lambeau, qu'il enlevait sans ouvrir la tunique vaginale; perçait celle-ci, en évacuait le liquide, la détachait de l'intérieur des bourses et en achevait l'ablation par un coup de ciseau. Pendant la dissection de la tunique séreuse, un aide soutenait le testicule, on le remettait à sa place après l'opération, et l'on procédait au pansement comme dans la méthode précédente. *Lambert*, en France, se rendit célèbre par la pratique de cette opération ; il avait modifié le procédé de *Douglas ;* il ne faisait pas de lambeau, et n'enlevait qu'une portion de la membrane séreuse.

Les accidens inflammatoires qui surviennent après l'excision sont moins violens que ceux qui suivent l'opération par l'incision; mais l'excision est beaucoup plus longue à exécuter, elle est beaucoup plus douloureuse, lors même que l'on abrège l'opération, en détachant la tunique vaginale avant de l'ouvrir. Laquelle de ces deux opérations devra-t-on préférer? Avant qu'on eut adopté l'injection comme méthode générale, il y avait quelque intérêt à résoudre cette question. Mais il ne s'agit plus de la préférence à accorder à l'une ou à l'autre de ces opérations, chacune d'elle a des cas qui la réclament presque exclusivement. Nous avons vu ceux qui sont le partage de l'incision. L'excision n'est guère usitée que pour les cas d'épaississement de la tunique vaginale.

Cautérisation. Décrite d'abord par *Guy de Chauliac*, employée depuis en Angleterre, la cautérisation est peu usitée de nos jours. Elle consiste à appliquer sur le scrotum une traînée de potasse caustique pour produire une escharre longitudinale, suivant *Dionis*, ou un morceau du même caustique propre à former une escharre de six lignes de diamètre, suivant *Else*. Dans l'un et l'autre procédé, l'on maintient l'agent de la cautérisation au moyen d'un emplâtre agglutinatif. Au bout de cinq à six heures l'effet est produit, on enlève l'emplâtre, que l'on remplace par des cataplasmes émolliens ou un digestif. Bientôt l'inflammation se communique à la tunique vaginale, les bourses deviennent dures et tendues, et, ce qui est remarquable, la peau semble ne point participer à l'inflammation. D'ailleurs, il se manifeste des douleurs dans les bourses, dans les reins, dans l'abdomen; la fièvre se déclare; tous ces symptômes se dissipent spontanément au bout de deux ou trois jours; s'ils avaient un peu trop de violence, on chercherait à les abattre par l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux. Cependant l'escharre tombe du onzième au quinzième jour, et laisse voir la tunique vaginale qui fait saillie à travers l'ouverture. Cette membrane s'exfolie après peu de temps; elle s'ouvre, et le liquide qu'elle renferme s'échappe. Pendant cinq ou six semaines on voit sor-

tir par la plaie des petits lambeaux de tissus, résultant de la mortification de la membrane séreuse. En même temps le scrotum revient sur lui-même, et à mesure que le dégorgement à lieu la cicatrisation se fait.

On a proposé le nitrate d'argent fondu pour opérer les enfans par la cautérisation. On appliquerait ce caustique sur un même point du scrotum, un assez grand nombre de fois pour atteindre le but que l'on désire, l'inflammation de la tunique vaginale.

Ce procédé, moins douloureux que les précédens, demande beaucoup plus de soin dans les pansemens ; il n'est pas exempt d'accident, et sa réussite est moins sûre ; aussi ne doit-on l'employer que chez les individus dont l'hydrocèle est peu volumineuse, et qui, trop pusilanimes, repoussent toute autre espèce d'opération.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les procédés opératoires dans lesquels on emploi le séton, la tente, la canule d'argent ou la canule de gomme élastique, tous ont la plus grande analogie; dans tous, c'est un corps étranger solide que l'on introduit dans la tunique vaginale, et qu'on y laisse demeurer pour donner lieu à cette inflammation, qui est la condition, *sine quâ non*, de la cure radicale.

L'*Injection*. On croit que le premier qui fit usage de l'injection fut un nommée *Monro*, chirurgien d'un régiment; c'est à lui que le grand *Monro* en dut la connaissance. Préconisée en Angleterre par *Earle*, elle fut adoptée en France, où elle est employée comme méthode générale. Elle consiste à évacuer d'abord le liquide renfermé dans la tunique vaginale par la ponction, et à injecter, dans cette membrane, un liquide capable de l'enflammer.

On employa d'abord pour cet objet l'eau-de-vie ; on la remplaça ensuite par le vin, les dissolutions de potasse, l'eau à la glace ; on a ajouté ensuite a ces liquides quelques ingrédiens, tels que l'alun, l'eau de vulnéraire simple, le camphre. M. *Dupuytren* se sert du gros vin de Roussillon, dans lequel on a fait infuser des roses rouges de Provins ; et lorsque ce liquide ne lui paraît pas suffisamment irritant,

il ajoute une petite quantité d'alcohol. Pour faire cette opération, il faut avoir une seringue d'un quart de litre de capacité, et dont le siphon s'adapte exactement avec la canule du trois-quart. On place le malade sur un lit, et comme il a été dit à l'article de la ponction, on pratique celle-ci : on évacue la sérosité accumulée dans la tunique vaginale, et avant de pousser le liquide irritant dans cette membrane, on s'assure bien que la canule n'en a pas abandonné la cavité. Le liquide à injecter doit être à la température de trente à quarante degrés, sa quantité doit être égale à celle de la sérosité évacuée ; ce que l'on reconnaît lorsque la tumeur a repris le volume qu'elle avait avant l'opération. Combien de fois faut-il répéter l'injection ? M. *Dupuytren* fait ordinairement trois injections, et laisse séjourner le liquide pendant trois minutes chaque fois. M. *Richerand* veut que l'on continue les injections jusqu'à ce que le malade éprouve une douleur vive ; et M. *Dubois* jusqu'à ce qu'il ne sorte plus de flocons albumineux. Aussitôt que le liquide est arrivé dans la poche de l'hydrocèle, on retire la seringue, et l'on pose le doigt sur l'ouverture de la canule pour l'empêcher de sortir. Après la première ou les autres injections, le malade éprouve une douleur vive, particulière, qu'il exprime quelquefois en disant : que le testicule lui semble pressé par un étau ; quand le liquide a séjourné assez long temps dans la tunique vaginale, on le fait sortir en retirant le doigt apposé sur l'extrémité de la canule, et en exerçant des pressions douces sur la tumeur ; dans cette manipulation il faut prendre garde que l'extrémité de la canule n'abandonne la membrane séreuse. L'opération étant terminée, le malade est placé dans son lit ; les bourses sont recouvertes par des compresses imprégnées du liquide de l'injection, et soutenues par un suspensoire. Dès le jour suivant le gonflement s'empare du scrotum, et dans trois ou quatre jours il présente une tumeur molle, fluctuante, mais aussi volumineuse qu'avant l'opération : ce phénomène est dû à ce qu'il se fait dans l'intérieur de la tunique vaginale une nouvelle exhalation séro-albumineuse ; et l'on pourrait croire à une récidive de la maladie, si ce nouvel épanchement, produit de l'irritation qu'on a déterminée,

n'était absorbé à mesure que les symptômes inflammatoires se dissipent ; cependant les parois de la tunique séreuse s'accolent peu à peu, et sa cavité disparaît pour toujours ; le testicule seule conserve encore, pendant quelque temps, un reste d'engorgement, et l'on parvient à l'en délivrer par quelques frictions mercurielles ou l'application de quelques emplâtres de *vigo cum mercurio*.

La méthode par l'injection est très-facile, elle est moins douloureuse que celles dans lesquelles on fait usage de l'instrument tranchant ; elle est plus sûre dans ses résultats que celles dans lesquelles on cherche à déterminer l'inflammation au moyen d'un corps solide introduit dans la séreuse testiculaire, parce qu'un corps liquide est plus facilement mis en contact avec tous les points du sac dans lequel on le fait pénétrer. Elle n'est pas suivie d'accidens graves : on peut la répéter sans danger quand elle a été mal faite une première fois. On peut aussi, et ce n'est pas un des moindres avantages de cette méthode, graduer l'effet de l'injection en la rendant plus ou moins forte. Toutes ces raisons ont engagé les chirurgiens français à l'adopter comme méthode générale, aussi ne fait-on usage des autres méthodes que lorsque celle-ci est contre-indiquée par les cas particuliers que nous avons noté dans le cours de cette dissertation.

Toutefois, la méthode par l'injection n'est pas exempte de tout danger ; outre ceux que nous avons signalés à l'article de la ponction, on voit encore, dans quelques cas, un chirurgien inattentif faire pénétrer le liquide de l'injection dans le tissu cellulaire des bourses. Lorsque cet accident arrive, il faut sur-le-champ procurer la sortie du liquide infiltré par une incision étendue et assez profonde, comprimer doucement les parties, les recouvrir ensuite de topiques émolliens, et mettre le malade à une diète sévère ; de cette manière on prévient l'inflammation vive qui se serait développée ; et cet accident, qui aurait eu des suites très-funestes, se réduit à une maladie de peu d'importance

Un autre accident plus redoutable, c'est lorsque l'injection pénètre dans l'abdomen, soit que l'on ait eu affaire à une hydrocèle congéniale

méconnue, soit que la poche de l'hydrocèle eut des communications avec un sac hermiaire. On reconnaît que cet accident a lieu lorsque le malade éprouve des douleurs vives et subites dans l'abdomen, et lorsque la tumeur n'a pas un volume qui soit en rapport avec la quantité du liquide injecté. Dans ces cas, il faut placer le malade sur ses genoux, lui recommander de faire des efforts pour pousser hors de l'abdomen le liquide introduit; on le soumet ensuite à un traitement antiphlogistique général, pour prévenir la trop grande violence de l'inflammation, dont le péritoine va être le siége.

Hydrocèle congéniale.

Viguerie, chirurgien de Toulouse, fut le premier qui fit connaître cette espèce d'hydrocèle. Dans un mémoire présenté à l'académie de chirurgie, il en traça les signes, et en indiqua les moyens de guérison. Depuis les travaux de ce chirurgien, plusieurs praticiens en ont fait l'objet de leurs études; et nous devons à M. le professeur *Dupuytren* la connaissance de quelques variétés qu'on n'avait point signalées avant lui.

Ainsi que nous l'avons dit, l'hydrocèle congéniale a lieu toutes les fois que l'ouverture qui fait communiquer la tunique vaginale avec l'abdomen n'est point oblitérée. La sérosité qui s'exhale sans cesse dans le péritoine trouve dans cette disposition la facilité de descendre dans la cavité de la séreuse du testicule, et par son accumulation elle constitue la maladie qui nous occupe. Cette espèce d'hydrocèle se rencontre le plus souvent chez les enfans; on la voit aussi, mais plus rarement, chez les adultes. On la reconnaît aux signes suivans :

C'est une tumeur piriforme, transparente, plus volumineuse quand le malade est debout, diminuant de volume et de tension quand le malade est couché ; tumeur que l'on peut faire disparaître par la pression, parce que le liquide qu'elle contient pénètre dans l'abdomen, et qui reprend son volume lorsqu'on cesse de la com-

primer. M. *Sabatier* fait remarquer que cette pression doit quelquefois être faite avec art et continuée pendant long-temps, parce que l'ouverture de communication est très-étroite.

Variétés. On sait que la tunique vaginale se forme ordinairement au moment où le testicule sort de l'abdomen, et que ce même testicule pousse cette portion du péritoine au fond des bourses. Mais les choses ne se passent pas toujours de cette manière, et alors, si l'hydrocèle vient à se former, elle présente des différences qui constituent les variétés observées par le célèbre professeur déjà nommé. Ainsi, 1°. quelquefois le testicule est encore dans l'abdomen, lorsque la portion du péritoine, destinée à former la tunique vaginale, est poussée dans le scrotum par une anse d'intestin, une portion de l'épiploon, ou par du liquide renfermé dans le ventre; l'hydrocèle qui existe dans ce cas offre une tumeur molle, fluctuante, perlucide, piriforme, qui disparaît entièrement par la pression ou le coucher horizontal, et qui reprend son volume et sa forme lorsqu'on cesse de la presser ou que le malade est debout : c'est la première variété.

2°. Dans la seconde variété, le testicule, au lieu d'être placé dans l'abdomen, se trouve déjà engagé dans le canal inguinal, et d'après ce que nous avons dit ci-dessus, il est facile de déduire les symptômes que présente l'hydrocèle. Nous ajouterons que, dans l'un et l'autre cas, la tunique musculaire n'existe pas dans les bourses; que l'hydrocèle est recouverte seulement par les tégumens, le tissu cellulaire sous-jacent et par le *fascia superficialis*; que l'extrémité supérieure de la tumeur s'engage dans l'anneau inguinal, et que, dans la seconde variété, le testicule est adhérent à la paroi postérieure du col de la tunique vaginale. « Ces deux variétés de l'hydrocèle congéniale (dit « M. *Dupuytren*) doivent être examinées avec beaucoup de soin, afin « de s'assurer, et de la véritable nature de la maladie, et de l'absence « du testicule, et de la non existence d'une anse intestinale ou d'une « portion d'épiploon dans la tumeur. Il serait d'autant plus facile de « confondre ces maladies avec des hernies, qu'elles se développent

« de haut en bas, et paraissent à l'occasion d'efforts plus ou moins « considérables, comme ces dernières affections. »

Complication. L'hydrocèle congéniale est très-souvent compliquée de hernie inguinale congénitale. On conçoit facilement la fréquence de cette complication, quand on songe que, dans ces cas, il existe à l'anneau inguinal une ouverture toujours libre et humectée de sérosité. Quand cette complication a lieu, la tumeur est transparente, quelques points plus ou moins étendus sont opaques, le testicule est toujours placé à la partie postérieure, et la hernie située au devant de lui.

Traitement. Je ne parlerai ici que du traitement curatif : le traitement palliatif est le même que pour l'hydrocèle accidentelle ; et je l'ai décrit plus haut.

Le procédé suivi par *Viguerie* consistait à faire rentrer dans la cavité du péritoine le liquide contenu dans la tunique vaginale, et à déterminer par une simple compression sur l'anneau inguinal, l'oblitération de l'ouverture qui faisait communiquer les deux séreuses. *Desault* ayant échoué dans l'emploi de ce moyen, tenta la guérison par la méthode de l'injection modifiée, et en obtint les succès les plus heureux. On craignait d'abord que l'inflammation ne se propageât de la tunique vaginale au péritoine, vu la continuité de ces deux membranes ; mais l'expérience dissipa ces craintes.

L'injection dans le traitement de l'hydrocèle congéniale doit être faite avec certaines précautions ; d'abord il faut s'assurer que le testicule est dans la tumeur, et que celle-ci ne renferme ni anse d'intestin, ni portion d'épiploon ; ensuite, pendant tout le temps que dure l'opération, il faut comprimer l'anneau inguinal pour empêcher le liquide injecté de pénétrer dans l'abdomen. Après l'opération, la compression doit encore être continuée, et l'effet que l'on veut en obtenir alors est de maintenir rapprochées les parois du canal de

communication, de favoriser l'adhésion de ces parois, et de prévenir dans le péritoine l'extension de l'inflammation qui occupe la tunique vaginale.

Dans le cas où le testicule n'est point dans le scrotum, il faut renoncer à l'opération jusqu'à ce qu'il y soit descendu.

Enfin, dans le cas où l'hydrocèle congéniale est compliquée de hernie, il ne faut procéder à l'opération qu'après avoir fait la réduction; et, si la hernie est irréductible, il faut se contenter de la cure palliative.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* LÉVEILLÉ).

I

Sed et, si quid doluerit ante morbum, ibi se figit morbus. *Sec.* 4, *aph.* 33.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur, quàm qui graciles. *Ibid.*, *aph.* 44.

IV.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes, minimè adolescentes, omnium minimè pueri; ex his autem, qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

V.

Quicumque aliquâ corporis parte dolentes dolorem ferè non sentiunt, iis mens ægrotat. *Sect.* 2, *aph.* 6

VI.

Mulier in utero gerens sectâ venâ abortit, et magis, si major fuerit fœtus *Sect.* 5, *aph* 3